ITEM 165 : OREILLONS

Oreillons = **virus ourlien** à **ARN**, de la famille des **Para*myxoviridae*** (genre *Rubulavirus*) : infection aiguë contagieuse (enfants, jeunes adultes).
- Maladie bénigne, **asymptomatique** dans **1/3 des cas.**

VIROLOGIE

- **Tropisme glandulaire** (parotide, testicule, pancréas) et **neurologique** (méningite, encéphalite rarement) -> dissémination virale systémique par voie lymphatique.
- **Réservoir strictement humain** ; récepteur du virus ourlien = acide sialique (dérivé acylé de l'acide neuraminique), permettant l'infection de nombreux types cellulaires.
- **Transmission interhumaine directe** : inhalation de **gouttelettes de salive** *(gouttelettes de « Pflügge »)* ou **contact salivaire direct.**
- **Incubation : 16-18 jours**, suivie par une courte virémie.
- **Contagiosité** (voies respiratoires, salive) : 15 jours -> de **6 jours avant** à **10 jours après** les 1ers symptômes.
- Immunisation durable après la maladie, protection vaccinale efficace.

ÉPIDEMIO

- Infection **endémique** dans le monde.
- Épidémiologie en France transformée depuis l'introduction de la **vaccination ROR** : **chute de l'incidence.**
- **Couverture vaccinale insuffisante** en France pour espérer une **éradication.**
- Majorité des cas à l'école, mais survenue tardive de plus en plus fréquente (après puberté).

DG — C

→ **Diagnostic clinique :** à évoquer en cas de contage récent et/ou d'absence de vaccination ou incomplète.
- Incubation longue = **16-18 jours** en moyenne. *Selon PILLY 19 jours en moyenne mais retenir le 16-18 jours de la fiche LISA qui prévaut.*
- **Phase d'invasion** brève (24-48 h) : **fièvre** modérée, **otalgie, céphalée, gêne à la mastication.**
- **Phase d'état** : **parotidite ourlienne** dans 70 % des cas, ou **autre atteinte** isolée ou associée.
- Signes généraux peu marqués chez l'enfant, plus marqués chez l'adolescent/adulte.
- **Guérison spontanée** de la parotidite en **10 jours.**

Parotidite ourlienne 70 %
- **Parotide tuméfiée et douloureuse.**
- Atteinte **unilatérale initiale puis bilatéralisation**, refoulant le lobule de l'oreille en haut et en dehors, comblant le sillon rétro-maxillaire, pouvant donner un visage en « **poire** ».
- **Turgescence de l'orifice du canal de Sténon.**
- Possiblement associé : **pharyngite, ADP pré-tragienne** et **sous-angulo-maxillaire, atteinte des glandes sous-maxillaires et sublinguales, céphalées.**

DD
- **Parotidite virale** (entérovirus, CMV, VIH…) ou **bactérienne** (*S. aureus*, strepto… : abcès).
- Autre : **lithiase salivaire, ADP parotidienne, Gougerot-Sjögren…**

→ Localisations glandulaires extra-salivaires ou localisations extra-glandulaires : peuvent apparaître **avant** ou **après** la parotidite ourlienne ou **l'accompagner** ou être **isolées.**

Orchite et/ou épididymite ourlienne
= Chez le sujet **pubère**, 4 à 8 jours après la parotidite, généralement **unilatérale.**
- **Recrudescence fébrile.**
- **Douleurs testiculaires** à irradiation abdominale.
- **Tuméfaction très douloureuse du testicule**, avec réaction inflammatoire de la vaginale (transillumination), du scrotum, voire du cordon spermatique.
- Évolution favorable en 1 à 2 semaines.
- **Atrophie testiculaire séquellaire** dans 50 % des cas, avec risque de **stérilité** rare.

Pancréatite ourlienne
= Atteinte rare (4 %), isolée ou succédant la parotidite ourlienne.
- Généralement **asymptomatique** ou **peu sévère** (tableau de pancréatite aiguë : nausées, vomissements, douleurs épigastriques).
- Imagerie : **pancréatite œdémateuse.**
- Guérison spontanée sans séquelles.

Autres
- **Ovarite (aussi appelée oophorite)**, **mastite** : en période post-pubertaire, exceptionnelle.

Localisation neuro-méningée
= Plus fréquente des localisations extra-glandulaires.
- **Méningite lymphocytaire** : fréquente, souvent **infraclinique** (signes neurologiques dans seulement 10 % des cas), **avant** ou après la parotidite, isolée dans 50 % des cas, d'évolution favorable sans séquelles.
- **Encéphalite** : rare (1 %), tableau d'encéphalite parfois prolongé (trouble de vigilance, signe déficitaire, crises convulsives), atteinte du **contingent auditif du nerf VIII** avec **surdité** parfois définitive, 1 à 5 % de décès.
- Autres : myélite, polyradiculonévrite aiguë, paralysies, surdité.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES	- NFS : pas d'hyperleucocytose. - Amylasémie : augmentée en cas de parotidite ou de pancréatite. - Analyse du LCR en cas de méningite/encéphalite : méningite lymphocytaire. - Confirmation (si cas isolés, doute diagnostique, prise en charge de l'entourage) : **RT-PCR** sur **prélèvement sanguin << salivaire, urinaire, naso-pharyngien** ou **LCR** dans les **4 jours** après symptômes, ou **sérologie** si absence de vaccination (définir le statut d'immunisation).
TTT	- Uniquement **symptomatique : repos, antipyrétique, port de suspensoir** en cas d'orchite. - Pas d'antiviral spécifique. - Éviction de collectivité **non obligatoire**, mais fréquentation de la collectivité à la phase aiguë non souhaitable. - Pas de mesures spécifiques vis-à-vis des sujets contacts (sauf information sur l'existence d'un cas).
PREVENTION	**Vaccin trivalent vivant rougeole-oreillons-rubéole (ROR)** : - **Vaccination obligatoire** depuis janvier 2018 chez moins de 2 ans : 1re dose à 12 mois, quel que soit le mode de garde ; 2de dose administrée entre 16 et 18 mois. **- Rattrapage** si non immuns ou vaccination incomplète chez sujets nés après 1980 (2 doses). *NB : pas de vaccin monovalent – contre les oreillons – en France.* **Hygiène :** lavage des mains, isolement 9 jours après début de la parotidite.